

*Załączniki nr 1 do Umowy podwykonawstwa na udzielanie świadczeń
opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego
w Centrum Zdrowia Psychicznego*

Miejscowość Andrychów dnia

HARMONOGRAM MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

Poradnia Zdrowia Psychicznego*

Dzień tygodnia	Godziny pracy
PONIEDZIAŁEK	od godz. do godz.
WTOREK	od godz. do godz.
ŚRODA	od godz. do godz.
CZWARTEK	od godz. do godz.
PIĄTEK	od godz. do godz.

HARMONOGRAM MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny*

Dzień tygodnia	Godziny pracy
PONIEDZIAŁEK	od godz. do godz.
WTOREK	od godz. do godz.
ŚRODA	od godz. do godz.
CZWARTEK	od godz. do godz.
PIĄTEK	od godz. do godz.

HARMONOGRAM MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

Zespół Leczenia Środowiskowego (domowego)*

Dzień tygodnia	Godziny pracy
PONIEDZIAŁEK	od godz. do godz.
WTOREK	od godz. do godz.
ŚRODA	od godz. do godz.
CZWARTEK	od godz. do godz.
PIĄTEK	od godz. do godz.

**wypełnić odpowiednią tabelę, zgodnie z zakresem wykonywanych świadczeń*